

RAFAEL CARLOS DA SILVA

**GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA:
Características sócio-econômicas e médico-biológicas**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**



04008704

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2005**

RAFAEL CARLOS DA SILVA

**GESTÃO NA ADOLESCÊNCIA:
Características sócio-econômicas e médico-biológicas**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**

Coordenador do Curso: Professor Dr. Maurício Lopes Pereima

Professor Orientador: Maria Cristina M. Calvo

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2005

*Dedico este trabalho
A Deus, pela luz que me concede.
À minha mãe, Neusa da Silva,
que me deu a vida e me ensinou a ser o que sou.
A meu pai, Raul Carlos da Silva,
pelo sustento.
À minha avó, Nilza B. da Silva,
pelo apoio nas horas difíceis.
E aos meus irmãos,
Daniela, Ricardo e Deise,
Pelo amor e amizade mútuos.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e busca do conhecimento.

À minha mãe, Neusa da Silva, pelo inquestionável apoio, pelas palavras de carinho, esperança e alento.

A meu pai, Raul Carlos da Silva, por ter me dado a chance de estudar.

À minha avó, Nilza B. da Silva, por ter seguido comigo mais esta etapa da vida.

À professora Maria Cristina M. Calvo pela orientação, apoio e ajuda na confecção deste trabalho.

Aos amigos da classe e da vida, Carlos Henrique S. Bellucci, Samuel Josias B. Calderon, Luiz Fernando Gonçalves, Fernanda M. Milanez, Conrado Luiz P. d'Avila, pelas contribuições dadas ao trabalho, pelos "rounds" nas enfermarias e pela amizade verdadeira.

À Universidade Federal de Santa Catarina e a todos os professores que contribuíram direta e indiretamente na minha formação.

SUMÁRIO

RESUMO.....	vi
SUMARY.....	vii
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	3
3.OBJETIVOS.....	10
4. MÉTODO.....	11
5. RESULTADOS.....	13
6. DISCUSSÃO.....	22
7. CONCLUSÕES.....	26
NORMAS ADOTADAS.....	27
REFERÊNCIAS	28

RESUMO

Identificar características sócio-econômicas e médico-biológicas associadas a gestações em adolescentes e em adultas jovens, em Florianópolis, em 2002/2004. Realizou-se um estudo transversal, com dados colhidos no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, SINASC. A população compôs-se de 4245 nascidos vivos de mães entre 10 a 24 anos, divididos em dois grupos, segundo idade materna: 10 a 19 anos e 20 a 24 anos; o primeiro se subdividiu em dois outros grupos: 10 a 14 anos e 15 a 19 anos. Os grupos foram comparados nas variáveis: escolaridade materna, frequência ao pré-natal, idade gestacional e peso ao nascer. Os dados foram tabulados pelo Excel 2000®, analisados pelo Epi Info 6.0®. O teste do qui-quadrado foi usado para comparar proporções; o nível de significância foi de $p < 0,05$; intervalo de confiança de IC = 95%. Houve queda na proporção de nascidos vivos de mães adolescentes, de 2002 para 2004; a proporção de adolescentes femininas na população, as taxas de baixo peso ao nascer e prematuridade mantiveram-se; as mães adolescentes concluíram menos o ensino fundamental ($p < 0,0001$), frequentaram menos o pré-natal ($p < 0,0001$), tiveram maiores taxas de nascidos vivos prematuros ($p = 0,0087$) e baixo peso ao nascer ($p < 0,0001$) em relação às adultas jovens, em 2004. Não houve diferença entre as faixas de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos. As gestações precoces associaram-se a maior taxa de baixa escolaridade e de frequência insuficiente ao pré-natal, e os nascidos vivos de mães adolescentes tiveram maiores taxas de baixo peso ao nascer e de prematuridade.

SUMMARY

To identify socioeconomics and medical-biological characteristics associated to pregnancy in adolescence and young adult mothers, in Florianopolis, 2002/2004. A cross-sectional study was conducted based on data from the Information System on Live Births – SINASC. The study population consisted of 4245 live births of mothers between 10 to 24 years old, divided in two groups, according to the mother age: live births of adolescents mothers (10 to 19 years) and young adult (20 to 24 years); the first was subdivided in two others age groups: 10 to 14 years and 15 to 19 years. The groups were compared in the variables: schooling of the mother, prenatal care, gestational age and birth weight. Data were compiled by Excel 2000®, analyzed by Epi Info 6.0®. The chi-square test was used to compare proportions; significance was defined as $p < 0.05$, with CI=95%. There was a reduction at the proportion of live births of adolescents mothers from 2002 to 2004; the proportion of female adolescents in the population, rates of low birth weight and prematurity kept the same; adolescents mothers presented low rates of conclusion of the elementary school ($p < 0.0001$), insufficient prenatal care ($p < 0.0001$), high rates of prematurity ($p = 0.0087$) and low birth weight ($p < 0.0001$) compared to the young adult mothers, in 2004. There was no difference between the age groups of 10 to 14 years and 15 to 19 years old. The early pregnancy was associated with high rates of low schooling and insufficient prenatal care; live births of adolescents mothers had higher rates of low birth weight and prematurity.

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo é um trabalho de conclusão do curso de Medicina, da Universidade Federal de Santa Catarina, realizado no ano de 2005, defendido junto ao Departamento de Saúde Pública desta instituição, que enfocou a gestação na adolescência e algumas de suas características.

A maternidade em idade precoce é um problema crescente no Brasil, englobando aspectos médicos, biológicos, sociais, econômicos, culturais e psicológicos intimamente correlacionados, trazendo riscos para a gestante e seu conceito. Esse binômio médico-social de ampla magnitude tem merecido atenção por parte dos pesquisadores quanto ao desenvolvimento de estudos das várias condições associadas, de modo a propor medidas de impacto para a solução de problemas correlatos, dentro da perspectiva do comprometimento presente e futuro de um país ou região.

Os objetivos do presente trabalho resumem-se na identificação e descrição de algumas das características sócio-econômicas e médico-biológicas associadas a gestações em adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos, e em adultas jovens, na faixa etária de 20 a 24 anos, em Florianópolis, em 2002 e 2004.

Para tal, realizou-se um estudo epidemiológico de corte transversal, de cunho descritivo e analítico, com base em dados colhidos junto ao Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, SINASC, através da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina. Foram incluídos na pesquisa todos os nascidos vivos de mães na faixa etária de 10 a 24 anos, residentes no município de Florianópolis, no ano de 2002 e de 2004, com gestação única, sendo excluídos do estudo os abortos, fetos mortos e gestações múltiplas, uma vez que esta está relacionada ao baixo peso ao nascer e à prematuridade. O estudo comparou o grupo de recém-natos de adolescentes com o grupo de recém-natos de adultas jovens, e comparou os dois subgrupos de recém-natos de adolescentes entre si, em 2002 e em 2004, no que diz respeito às variáveis relacionadas à mãe (faixa etária, escolaridade e frequência à assistência pré-natal), e relacionadas ao recém-nascido (idade gestacional e peso ao nascer). Os dados foram compilados e tabulados pelo programa Microsoft Excel 2000® e analisados pelo

programa Epi Info 6.0®. Para a análise estatística, usou-se o teste do qui-quadrado para comparar proporções, cujo nível de significância foi de $p < 0,05$, com intervalo de confiança de IC = 95%.

No que diz respeito à estruturação, o trabalho consiste dos seguintes capítulos:

- Um capítulo de introdução;
- Um capítulo de revisão de literatura;
- Um capítulo com os objetivos geral e específicos;
- Um capítulo de método;
- Um capítulo de resultados;
- Um capítulo de discussão;
- Um capítulo de conclusões;
- Um capítulo de normas adotadas;
- E por fim, um capítulo de referências.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A maternidade precoce traz riscos tanto para a gestante como para o seu conceito. A gestação na adolescência é um problema de ordem médica e social crescente no Brasil, e nos Estados Unidos já é tida como uma epidemia a partir de 1996⁽¹⁾. Todos os anos, no mundo, pelo menos 60 mil adolescentes morrem de complicações associadas à gravidez e ao parto⁽²⁾. De qualquer modo, a maternidade precoce, ou seja, a gestação em adolescentes, traz à tona uma problemática que engloba aspectos médico-biológicos, sócio-econômicos, culturais e psicológicos intimamente correlacionados.

No Brasil, entre 1970 e 1991, as gestações entre 15 a 19 anos cresceram em torno de 26%⁽³⁾. Em 1994, a taxa de nascidos vivos de mães adolescentes era de 20,8%, enquanto que em 1998 foi de 23,6%⁽⁴⁾. Nos EUA, nesse mesmo ano, tal taxa ficou em torno de 12,5%⁽⁵⁾, enquanto que na Suécia a taxa média de gestações em adolescentes fica abaixo de 3%⁽⁶⁾. Do mesmo modo, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1997⁽⁷⁾, houve um aumento nas taxas de fecundidade entre mulheres de 15 a 19 anos confrontando com a queda destas taxas na faixa etária de 20 a 24 anos, com esta tendência se acentuando nas décadas de 80 e de 90. Contudo, este aumento da fecundidade não se dá de modo uniforme na faixa adolescente, e é mais acentuado nos grupos de jovens com menor grau de instrução, em áreas rurais e em baixas condições econômicas⁽⁸⁾.

Ainda, de acordo com dados do SINASC⁽⁹⁾, em 2001, no Brasil, a taxa média de nascidos vivos de mães adolescentes foi de 23%, com maior proporção na região Norte do país - 30%, e menor proporção na região Sudeste, com taxa de 20%. A região Sul ficou com uma taxa média de 21%. Nesse mesmo ano, tal taxa foi de 20,5% para o Estado de Santa Catarina, e de 17,5% para o município de Florianópolis.

No que diz respeito às taxas de nascidos vivos de mães adolescentes nas diferentes localidades do país, no município do Rio de Janeiro, entre 1980 e 1995, houve aumento das taxas de fecundidade entre as jovens de 10 a 19 anos com predomínio na faixa etária de 10 a 14 anos, com crescimento médio anual de 7%⁽⁸⁾. Em 1993, 17% dos nascidos vivos, em Pelotas, no Rio Grande do Sul, eram de mulheres com idade entre 10 e 19 anos⁽¹⁰⁾. Nesse

mesmo ano, no Distrito Federal, Tauil *et al.*⁽¹¹⁾, anotaram 22% de nascidos vivos de mães adolescentes, com um aumento desta taxa para 29% em 1996. Já no município de Ribeirão Preto, em São Paulo, em 1994, a taxa ficou em 17,5%⁽¹²⁾. Em Rio Branco, no Acre, entre 1994 e 1996 a taxa de nascimentos entre mães com menos de 20 anos ficou em 30%⁽²⁾. Em 1997, segundo Simões *et al.*⁽⁴⁾, 29% das gestações eram de mães em idade precoce (com menos de 20 anos), no município de São Luís, no Maranhão. No município de Feira de Santana, na Bahia, no ano de 1998, cerca de 22% dos nascidos vivos totais eram de mães adolescentes⁽¹³⁾.

De fato, a gestação em adolescentes tem conseqüências médico-biológicas, sócio-econômicas, culturais e psicológicas estreitamente imbricadas. Quanto às conseqüências sócio-econômicas e culturais pode-se dizer que a maternidade precoce é um fator determinante de considerável importância no que tange ao afastamento e à dificuldade de retorno às atividades escolares das mães adolescentes⁽¹³⁾. Gama *et al.*⁽⁸⁾, relataram que as mães adolescentes apresentam um pior grau de escolaridade em relação às mães adultas, quando se compara proporcionalmente o grau de escolaridade por faixa etária. Da mesma maneira, num outro trabalho, Costa *et al.*⁽¹³⁾, observaram uma taxa de 56% de ensino fundamental incompleto entre as mães adolescentes entre 17 e 19 anos, fato que vai de encontro aos critérios estabelecidos pelo Ministério da Cultura e Educação (MEC), que estabelece limites etários para a escolaridade de ensino fundamental (7 a 14 anos) e ensino médio (15 a 19 anos). Num estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto, comparando duas coortes de mães adolescentes, uma no período de 1978/1979 e outra no período de 1994, notou-se uma redução na proporção de mães adolescentes com baixa escolaridade. Entretanto tal redução só foi observada no grupo de meninas entre 18 e 19 anos, permanecendo o grupo de meninas em idade mais jovem com baixas taxas de escolarização⁽¹²⁾. Em contrapartida, em um estudo realizado no Rio de Janeiro, entre 1999 e 2001, comparando grupos de gestantes adolescentes, notou-se que a maioria das puérperas encontrava-se fora da escola ao engravidar, sendo esta proporção maior entre as mais velhas - 60%. Neste mesmo estudo, do total de adolescentes que deixaram a escola, 27% o fizeram por causa de gestações anteriores⁽¹⁴⁾. Um trabalho interessante ensejado por Gama *et al.*⁽¹⁵⁾, mostrou que os piores índices de escolaridade encontravam-se no grupo de mulheres entre 20 e 24 anos que foram mães pela primeira vez quando ainda adolescentes, comparados aos grupos de mães adolescentes e ao grupo de mães cuja gestação se deu na vida adulta. As mulheres entre 20 e 24 anos, que haviam sido mães na

adolescência apresentavam os menores percentuais de trabalho remunerado e de piores condições de vida. Observando a partir de uma outra óptica, Camarano ⁽¹⁶⁾ relatou que as baixas condições de renda e escolaridade estão diretamente relacionadas a uma maior chance de se engravidar durante a adolescência. Do mesmo modo, Mariotoni & Barros Filho ⁽¹⁷⁾, num estudo realizado em Campinas, São Paulo, confirmaram a preocupação com as condições sociais das adolescentes, de modo que, das gestantes entre 10 a 19 anos, 93% eram analfabetas ou tinham primeiro grau incompleto. Tal situação contribuiu para uma pior qualificação profissional e, apesar de outros fatores sociais e econômicos que interferem no grau de escolarização estarem envolvidos, a tendência a proles numerosas e precoces contribui para a manutenção do ciclo de pobreza e miséria ⁽¹⁸⁾. Entre gestantes há uma significativa associação entre as faixas etárias de 10 a 16 anos e a baixa escolaridade ⁽¹³⁾.

Do mesmo modo que a escolaridade, o pré-natal perfaz uma característica sócio-econômica e cultural de grande valor quando se trata de gestações precoces, e de qualquer gestação, independentemente da idade. Não há dúvida de que a adequada assistência pré-natal é um dos principais determinantes de uma evolução favorável de qualquer gestação. Nesse sentido, vale ressaltar que o Ministério da Saúde determina que uma correta assistência pré-natal deve garantir um mínimo de seis consultas, alicerçadas numa ótica de qualidade de prestação de serviço, de modo que tal conduta deva ser iniciada de modo precoce e por profissionais com capacitação técnica e entrosamento ⁽¹³⁾. Além disso, há uma alta taxa de ingresso tardio ao pré-natal entre adolescentes da faixa etária de 10 a 16 anos, comparada às de outras faixas etárias ⁽¹³⁾. Dentre os diversos fatores apontados para explicar a baixa adesão ao pré-natal entre adolescentes, podem-se citar a dificuldade de assumir a gravidez, conflitos familiares e o próprio desconhecimento da importância dessa assistência, situação agravada pelo abandono da família e/ou do parceiro ^(2, 13). Gama *et al.* ⁽⁸⁾, observaram que mulheres entre 15 a 19 anos freqüentam menos as consultas pré-natais em comparação às adultas jovens, o mesmo observado por Simões *et al.* ⁽⁴⁾ num estudo delineado em São Luís, MA. Contudo, em Aquino-Cunha *et al.* ⁽²⁾, apesar de se observar uma média menor de freqüência ao pré-natal entre adolescentes, não houve significância estatística comparada ao grupo de mães adultas, que também apresentavam baixa adesão ao pré-natal, no município de Rio Branco, Acre. Segundo trabalho de Costa *et al.* ⁽¹³⁾, entre uma população de mulheres adolescentes e adultas jovens, 45% realizaram pré-natal de modo insuficiente, ou não o fizeram, e dentre o total de mães que não realizaram o pré-natal, a maior prevalência recaiu sobre a faixa etária

adolescente; naquelas em que houve um correto seguimento, a menor proporção ficou entre as mães na faixa etária de 10 a 16 anos. Além disso, os autores ressaltaram a alta taxa de ingresso tardio ao acompanhamento pré-natal. Fried *et al.*⁽¹⁹⁾, ratificaram a importância do pré-natal num estudo em que foram encontradas maiores taxas de baixo peso ao nascer e de mortalidade infantil, entre os nascidos vivos de mães adolescentes, cuja associação dessas complicações perinatais com a idade precoce desaparecia quando a gestação recebia adequada assistência pré-natal. Um dado interessante apontado num estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, entre 1999 e 2001, relatou que a aderência às consultas pré-natais foi influenciada positivamente pela presença de uma união consensual, dentre o grupo de gestantes adolescentes⁽¹⁴⁾, dado ratificado por Stern⁽²⁰⁾, que observou ser o cônjuge a referência mais importante e a que exerce maior influência sobre a adolescente e suas condutas perante a gestação.

Além disso, a renda familiar também se enquadra como fator sócio-econômico importante a ser levado em conta. Assim, adolescentes têm menores taxas de renda familiar, com maiores proporções delas vivendo sem companheiros ou em uniões instáveis, além do que são maiores as taxas de adolescentes cujos chefes de família eram trabalhadores com ocupações manuais não qualificadas, comparadas às gestantes adultas jovens, segundo trabalho delineado em São Luis, Maranhão, em 2003⁽⁴⁾. No contexto de dificuldades sócio-econômicas enfrentadas pelas adolescentes grávidas, Waters⁽²¹⁾ descreve a “Síndrome da Falência”, a qual considera que a mãe adolescente está sujeita ao fracasso em cumprir suas funções, em permanecer na escola, em limitar o número de filhos, em estabelecer família estável e em assumir independência financeira.

Por outro lado, no que diz respeito às conseqüências médico-biológicas relacionadas à gestação na adolescência, a literatura sugere que a ocorrência de pré-termos é relacionada à gestação na adolescência, mesmo controlando-se outros fatores que poderiam estar influenciando a duração destas gestações^(8, 11, 17). Tauil *et al.*⁽¹¹⁾ observaram que há um maior risco de adolescentes terem menor tempo de gestação e conseqüentemente prematuridade do recém-nato, comparadas às gestantes adultas jovens. Em um estudo de coorte retrospectivo, delineado em Atlanta, GA, nos EUA, houve uma maior chance, estatisticamente significativa, de adolescentes terem partos prematuros, comparada às adultas jovens, com um risco relativo (RR) de 1,12% (IC de 95%)⁽²²⁾. Segundo outro estudo, as maiores taxas de prematuridade quando comparam-se faixas etárias adultas e adolescentes se dá entre o grupo de adolescentes

com idade mais precoce, principalmente naquelas com menos de 18 anos⁽⁴⁾. Em outro trabalho, os autores apontam maiores proporções de recém-natos prematuros em filhos de puérperas adolescentes, principalmente naquelas em que houve uma precária assistência pré-natal e um baixo nível de escolaridade, comparadas aos filhos de mães adultas, contudo tal diferença se desfaz quando aumenta o número de consultas ao pré-natal⁽¹⁵⁾.

Contudo, Costa *et al.*⁽¹⁸⁾ não acharam significância estatística entre maior risco de prematuridade, comparando faixas etárias adolescentes e adultas. Além disso, Aquino-Cunha *et al.*⁽²⁾ acharam maior proporção de prematuridade no grupo de mães adultas comparado ao grupo de mães adolescentes, embora sem apresentar diferença significativa.

Diversos autores vêm salientando a associação entre gestação precoce e o risco maior de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (BPN), ou seja, peso menor que 2500 gramas ao nascimento. Segundo Gama *et al.*⁽⁸⁾, o efeito da faixa etária sobre a maior ocorrência de baixo peso ao nascer permaneceu expressivamente significativo nas adolescentes, entre 14 e 19 anos, mesmo quando controlado pelo grau de instrução da mãe e pelo tipo de maternidade – pública ou privada – em que a mãe se internou. Do mesmo modo, em outro estudo conduzido por Costa *et al.*⁽¹³⁾, em uma análise multivariada, em que se controlaram fatores de confusão (escolaridade materna, idade gestacional e pré-natal) verificou-se que recém-nascidos de mães entre 10 e 16 anos apresentaram proporções maiores de baixo peso ao nascer, comparados àqueles cujas mães tinham entre 17 e 19 anos e àqueles cujas mães eram adultas jovens. Ekwo & Moawad⁽²³⁾ identificaram que o peso ao nascer dos bebês de mães adolescentes é menor que o peso de mães mais velhas. Segundo Aquino-Cunha *et al.*⁽²⁾, quando se excluíam nascidos vivos prematuros, a maior proporção de baixo peso dos nascidos vivos entre as adolescentes - 12%, foi estatisticamente significativa em relação às não adolescentes - 5,5%. Da mesma forma, de acordo com o CDC (Atlanta, 1994)⁽²⁴⁾ a prevalência de baixo peso ao nascer em mãe adolescente é o dobro da taxa observada em mães adultas e o coeficiente de mortalidade neonatal é três vezes maior. Tauil *et al.*⁽¹¹⁾ verificaram maior percentual de baixo peso ao nascer e de menor vitalidade (Apgar <7) entre as adolescentes do que entre as gestantes adultas, mesmo controlando a variável idade gestacional. Vale ressaltar que alguns autores retornam à questão de que existe uma heterogeneidade na faixa etária adolescente, no que diz respeito aos desfechos gestacionais, de modo que os resultados gestacionais e perinatais são piores nas adolescentes em idades mais precoces, ou seja abaixo dos 16 a 18 anos. Isso fica evidenciado em Simões *et al.*⁽⁴⁾, onde as maiores taxas de prematuridade, baixo

peso ao nascer, recém-natos pequenos para a idade gestacional e mortalidade infantil, foram observadas no grupo de adolescentes com idade inferior a 18 anos, comparadas às faixas etárias mais velhas. Além disso, ratificando a idéia de heterogeneidade entre a faixa etária adolescente, Tauil *et al.*⁽¹¹⁾ observaram um maior risco de baixo peso ao nascer entre adolescentes com idade igual ou inferior a 16 anos comparadas com aquelas entre 17 a 19 anos. Há que se reportar que alguns autores imputam a associação de baixo peso ao nascer e gestação na adolescência principalmente à condição sócio-econômica desfavorável dessas mães⁽²⁵⁻²⁷⁾, ao passo que outros discutem de que tal associação se deva diretamente às características fisiológicas típicas da idade^(28, 29).

Contudo, em trabalho realizado em Campinas em 1998, Mariotoni & Barros Filho⁽¹⁷⁾ concluíram que a gravidez na adolescência não representava risco para a ocorrência de baixo peso ao nascer na população estudada, quando outros fatores foram controlados, como renda, escolaridade, frequência ao pré-natal, hábito de fumar, peso pré-gestacional, entre outros. Tal artigo ainda assinala um possível fator de proteção para a restrição do crescimento intra-uterino (RCIU) em nascidos vivos de mães adolescentes quando empregada análise de regressão logística. Vale lembrar que o baixo peso ao nascer tem sido utilizado como forte indicador das condições de saúde da população, por ser o determinante mais importante das chances de recém nascidos de sobreviver e apresentar crescimento e desenvolvimento satisfatórios⁽³⁰⁾. Por fim, acrescenta-se que a prevalência de baixo peso ao nascer em países desenvolvidos varia de 4 a 7%⁽³¹⁾.

Além das conseqüências sócio-econômicas, culturais e médico-biológicas, não resta dúvida de que a gestação em adolescentes traduz também repercussões psicológicas. De fato, diante de uma gravidez precoce, a adolescente vem a ultrapassar marcos importantes no seu desenvolvimento, constituindo-se numa experiência emocionalmente difícil⁽³²⁾. Isso porque a responsabilidade precocemente imposta a ela, paralela a um processo de amadurecimento, ainda em curso, traduz-se em uma dificuldade de se assumir tal papel, e os encargos a ele arraigados⁽³²⁾. Associado a isso, a instabilidade das relações conjugais vem contribuir para a ocorrência de prejuízos emocionais e até mesmo à ocorrência de transtornos de ordem afetiva, tudo isso dentro de um ambiente familiar pouco acolhedor, ainda conturbado pela notícia da gravidez, de um modo geral, não esperada. Atente-se para o fato de que alguns estudos trazem a ocorrência de maior risco para os filhos serem vítimas de maus-tratos, especialmente nos casos em que a gravidez foi indesejada⁽³²⁾.

Dentre os prejuízos emocionais associados à maternidade precoce citam-se a baixa auto-estima, a ausência de apoio familiar, a vivência de um alto nível de estresse, poucas expectativas frente ao futuro e a presença de sintomas depressivos. De acordo com Barnet *et al.*⁽³³⁾, a prevalência de sintomas depressivos durante a gestação pode variar de 44 a 59%, sendo comuns em gestantes adolescentes. Sabroza *et al.*⁽³²⁾ apontaram em estudo que 23% das puérperas adolescentes apresentavam uma auto-valorização negativa, sendo que tal proporção foi maior, 31%, em adolescentes cujas famílias reagiram mal à gestação, bem como naquelas que se encontravam fora da escola quando do evento e naquelas que haviam tentado o aborto. Contudo, vale ressaltar que alguns autores evidenciaram aspectos psicológicos positivos relatados por adolescentes femininas diante de uma gestação precoce: a possibilidade de concretização do sonho de casamento, a autonomia econômica e social da família de origem, a necessidade de auto-afirmação⁽¹⁴⁾. Além disso, para algumas adolescentes a maternidade parece ser uma experiência gratificante⁽³⁴⁾.

Nesse contexto, para agrupar dados que dizem respeito a esta problemática, o Ministério da Saúde desenvolveu um Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – o SINASC, que faz parte do seu Grupo de Estatísticas Vitais, sendo aquele oficializado em 1990. Tal instrumento de estatística governamental contém algumas informações sócio-demográficas e médico-biológicas sobre as mães, além de outras variáveis relacionadas à gestação, ao parto e às condições dos nascidos vivos⁽¹³⁾. Como instrumento de captação de dados, o SINASC utiliza a Declaração de Nascidos Vivos (DNV), que consta de três vias, das quais uma é encaminhada à Diretoria Regional de Saúde e as outras duas são entregues à mãe para fim de registro civil em cartório e apresentação no serviço de saúde na primeira consulta.

Por fim e diante do exposto acima, pode-se inferir que a gestação precoce e as condições de nascimentos de recém nascidos filhos de mães adolescentes constituem um binômio médico-social de ampla magnitude, que merece a atenção por parte dos estudiosos, no que diz respeito à necessidade de se desenvolverem estudos de todas as condições associadas, e com isso propor medidas de impacto para a solução de problemas correlatos, dentro da perspectiva do comprometimento presente e futuro de um país ou região.

3. OBJETIVOS

Geral:

Identificar e descrever características sócio-econômicas e médico-biológicas associadas a gestações em adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos, e em adultas jovens, na faixa etária de 20 a 24 anos, em Florianópolis, em 2002 e 2004.

Específicos:

Descrever e comparar as taxas de prevalência de gestações na adolescência em 2002 e 2004, em Florianópolis.

Descrever e comparar as taxas de escolaridade das gestantes adolescentes e adultas jovens mães de nascidos vivos em 2002 e 2004, em Florianópolis.

Descrever e comparar as taxas de frequência ao pré-natal das gestantes adolescentes e adultas jovens mães de nascidos vivos em 2002 e 2004, em Florianópolis.

Descrever e comparar as taxas de prematuridade dos nascidos vivos das adolescentes e adultas jovens em 2002 e 2004, em Florianópolis.

Descrever e comparar as taxas de baixo peso ao nascer dos nascidos vivos das adolescentes e adultas jovens em 2002 e 2004, em Florianópolis.

4. MÉTODO

Realizou-se um estudo epidemiológico de corte transversal, de cunho descritivo e analítico, com base em dados colhidos junto ao Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, SINASC, através da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina. Tais dados foram coletados a partir da Declaração de Nascidos Vivos (DNV), dos recém-natos filhos de mães residentes no município de Florianópolis, no ano de 2002 e de 2004, preenchidas por auxiliares de enfermagem dos hospitais em que ocorreram os partos.

Foram incluídos na pesquisa todos os nascidos vivos de mães na faixa etária de 10 a 24 anos, residentes no município de Florianópolis, no ano de 2002 e de 2004, com gestação única, sendo excluídos do estudo os abortos, fetos mortos e gestações múltiplas, uma vez que esta está relacionada ao baixo peso ao nascer e à prematuridade⁽¹¹⁾. Os dados foram coletados através do SINASC via Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina. A população em estudo compôs-se de 4245 nascidos vivos de mães entre 10 a 24 anos. Em 2002 foram 2302 nascidos vivos, que foram divididos em três grupos de estudo segundo faixa etária materna, a saber, um grupo com 20 nascidos vivos de mães com idade de 10 a 14 anos, um grupo com 874 nascidos vivos de mães entre 15 e 19 anos, ambos correspondendo ao grupo de nascidos vivos de mães adolescentes, segundo definição da OMS; e um grupo com 1408 nascidos vivos de mães entre 20 e 24 anos, correspondendo ao grupo de nascidos vivos de mães adultas jovens. Os nascidos vivos de 2004, 1943, foram divididos em três grupos de estudo, a saber, um grupo com 22 nascidos vivos de mães com idade entre 10 e 14 anos, um grupo com 677 nascidos vivos de mães com idade entre 15 a 19 anos, e por fim um grupo com 1244 nascidos vivos de mães com idade entre 20 a 24 anos.

O estudo comparou o grupo de recém-natos de adolescentes com o grupo de recém-natos de adultas jovens, e comparou os dois subgrupos de recém-natos de adolescentes entre si, em 2002 e em 2004, no que diz respeito às variáveis relacionadas à mãe (faixa etária, escolaridade e frequência à assistência pré-natal), e relacionadas ao recém-nascido (idade gestacional e peso ao nascer).

A variável faixa etária foi definida, segundo critérios da OPAS⁽³⁵⁾ em 2 categorias: a faixa etária adolescente, entre 10 e 19 anos, sendo esta dividida em outras duas subcategorias, 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, e a faixa etária adulta jovem, 20 a 24 anos, tanto para 2002 como para 2004.

A variável escolaridade foi categorizada em nenhum ano de estudo, menos de oito anos de estudo, correspondendo ao primeiro grau incompleto, e mais de oito anos de estudo, correspondendo ao primeiro grau completo, conforme disponibilizado pelo SINASC⁽⁹⁾.

A frequência às consultas pré-natais foi categorizada em nenhuma consulta, 1 a 3 consultas, 4 a 6 consultas e 7 ou mais consultas, conforme disponibilidade de informação no banco de dados do SINASC⁽⁹⁾. Por critérios de agrupamento, norteados no que preconiza o Ministério da Saúde a respeito de adequada frequência ao pré-natal, esta variável foi subcategorizada em dois grupos, insuficiente (0 a 6 consultas), e suficiente (7 ou mais).

O peso ao nascer foi categorizado em peso suficiente, maior ou igual a 2500 gramas e insuficiente, menor do que 2500 gramas, de tal modo que este configura como baixo peso ao nascer (BPN), segundo definição da *American Academy of Pediatrics*⁽³⁶⁾.

Por fim a idade gestacional definiu-se como a termo (37 a 41 semanas) e pré-termo (22 a 36 semanas), segundo definição da *American Academy of Pediatrics*⁽³⁶⁾, não interessando para o estudo os pós-termos.

Os dados foram compilados e tabulados pelo programa Microsoft Excel 2000® e analisados pelo programa Epi-Info 6.0®. Para a análise estatística, usou-se o teste do qui-quadrado para comparar proporções, cujo nível de significância foi de $p < 0,05$, com intervalo de confiança de IC = 95%.

5. RESULTADOS

No ano de 2002, foram registrados, no SINASC, 5.229 nascidos vivos de mães residentes em Florianópolis, sendo 894 (17%) o número de recém-natos de mães adolescentes. A população feminina total segundo IBGE, nesse mesmo ano, foi estimada em 186.058, sendo que 18% (33.518) correspondem à população feminina adolescente. Do mesmo modo, 125.576 foi a população feminina em idade fértil (10 a 49 anos), correspondendo a um percentual de 67,5%.

Em 2004, registraram-se, no SINASC, 4825 nascidos vivos de mães residentes em Florianópolis, sendo 699 recém-natos de mães adolescentes, correspondendo a um percentual de 14,5% do total de nascidos vivos. Para este mesmo ano, a população feminina total estimada foi de 194.804 mulheres, das quais 18% respondem pela população feminina adolescente, e 131.480 pela população feminina em idade fértil, em torno de 67,5%.

Segundo alguns indicadores demográficos básicos, em Florianópolis, no ano 2002, a proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer foi de 8% (403), e a taxa de prematuros foi de 6% (334). Em 2004, a proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer foi de 8% (367), e a taxa de prematuros ficou em torno de 7% (331).

Dentre os nascidos vivos de mães entre 10 a 24 anos, em 2002, 39% eram filhos de mães com menos de 20 anos de idade e 61% eram filhos de adultas jovens. No que diz respeito à distribuição dos nascidos vivos entre a faixa etária adolescente, 2% eram filhos de mães entre 10 a 14 anos, enquanto 98% eram filhos de mães entre 15 a 19 anos. Em 2004, 36% dos nascidos vivos eram filhos de mães entre 10 a 19 anos, e destes, 3% eram filhos de mães entre 10 a 14 anos.

A tabela 1 demonstra a distribuição de nascidos vivos filhos de adolescentes e de adultas jovens, em 2002 e 2004, em Florianópolis e em outras regiões. Em 2002 a prevalência de nascidos vivos de mães adolescentes, em Florianópolis, foi de 17%, e em 2004 de 14,5%, ($p=0,0003$).

Tabela 1: Distribuição de nascidos vivos (nº e percentual), segundo local de residência e faixa etária da mãe, em 2002 e 2004.

		faixa etária (anos)						
Ano	Local	10 a 14		15 a 19		20 a 24		Total
		nº	%	nº	%	nº	%	nº
02	Brasil	27.664	0,9	665.437	21,8	966.483	31,6	3.059.402
	Região Sul	3.253	0,8	79.946	19,7	113.622	28,0	406.116
	Sta Catarina	561	0,7	16.488	19,2	24.597	28,7	85.730
	Florianópolis	20	0,4	874	16,7	1.408	26,9	5.229
04	Sta Catarina	500	0,6	15.004	18,2	23.344	28,4	82.286
	Florianópolis	22	0,5	677	14,0	1.244	25,8	4.825

FONTE: DATASUS - SINASC, Secretaria de Saúde, SC, 2002/2004

As tabelas 2 e 3 discorrem sobre a situação de escolaridade das mães adolescentes e adultas jovens, em Florianópolis e Santa Catarina, nos anos de 2002 e 2004. Na comparação das mães de 15 a 19 anos com as mães de 20 a 24 anos em Florianópolis, 2004, observou-se que 49% das adolescentes e 63% das adultas jovens concluíram o primeiro grau, com $p < 0,0001$. Comparando as adolescentes entre 15 a 19 anos, notou-se que 59%, em 2002, não tinham completado o ensino fundamental contra 49% em 2004, com $p < 0,0001$. Quando compararam-se as mães entre 15 a 19 anos de Florianópolis e Santa Catarina, em 2004, não se notou diferença estatística entre elas, em relação ao grau de escolaridade.

Tabela 2: Distribuição percentual dos nascidos vivos segundo escolaridade e faixa etária da mãe nos anos 2002 e 2004 em Florianópolis/SC.

Ano	faixa etária (anos)	escolaridade da mãe (anos)			
		nenhuma	menos que 8	mais que 8	ignorado
2002	10 a 14	5,0	90,0	-	5,0
	15 a 19	0,5	58,8	39,1	1,6
	20 a 24	0,7	46,7	49,9	2,7
	Total	0,7	51,7	45,4	2,3
2004	10 a 14	-	100,0	-	-
	15 a 19	0,4	48,6	49,3	1,6
	20 a 24	0,4	34,2	63,2	2,3
	Total	0,4	39,9	57,6	2,0

FONTE: SINASC, Secretaria de Saúde, SC, 2002/2004

Tabela 3: Distribuição percentual dos nascidos vivos segundo escolaridade e faixa etária da mãe nos anos 2002 e 2004 em Santa Catarina.

Ano	faixa etária (anos)	escolaridade da mãe (anos)			
		nenhuma	menos que 8	mais que 8	ignorado
2002	10 a 14	1,1	97,9	-	1,1
	15 a 19	0,6	55,7	43,1	0,6
	20 a 24	0,9	51,5	46,9	0,7
	Total	0,8	53,8	44,8	0,7
2004	10 a 14	0,4	97,6	0,2	1,8
	15 a 19	0,4	45,9	53,1	0,6
	20 a 24	0,6	41,5	57,2	0,7
	Total	0,5	43,9	54,9	0,7

FONTE: SINASC, Secretaria de Saúde, SC, 2002/2004

No que tange à frequência às consultas de pré-natal, tabela 4, em Florianópolis, 2004, 49% das adolescentes de 10 a 19 anos e 39% das adultas jovens freqüentaram de modo insuficiente o pré-natal ($p<0,0001$). Em Santa Catarina, 2004, tabela 5, 48,5% das adolescentes de 10 a 19 anos e 41% das adultas jovens freqüentaram de modo insuficiente o pré-natal ($p<0,0001$). No Brasil, 2002, tabela 6, 58% das adolescentes de 10 a 19 anos e 52% das adultas jovens freqüentaram de modo insuficiente o pré-natal ($p<0,0001$). Em Florianópolis, 2004, 50% das adolescentes de 10 a 14 anos e 49% das adolescentes de 15 a 19 anos freqüentaram de modo insuficiente o pré-natal ($p<0,7244$). Em Santa Catarina, 2004, 56% das adolescentes de 10 a 14 anos e 48% das adolescentes de 15 a 19 anos freqüentaram de modo insuficiente o pré-natal ($p=0,0003$). Entre 2002 e 2004, em Florianópolis, não houve diferença entre as adolescentes mães de nascidos vivos no que diz respeito à frequência ao pré-natal ($p=0,1256$).

Tabela 4: Distribuição (nº e percentual) dos nascidos vivos segundo número de consultas de pré-natal e faixa etária da mãe, em 2002 e 2004, em Florianópolis.

Ano	nº consultas	faixa etária (anos)						Total	
		10 a 14		15 a 19		20 a 24		nº	%
2002	Nenhuma	1	5,0	17	1,9	18	1,3	36	1,6
	1 a 3	4	20,0	71	8,1	124	8,8	199	8,6
	4 a 6	6	30,0	375	42,9	552	39,2	933	40,5
	7 e +	7	35,0	380	43,5	673	47,8	1.060	46,0
	Ignorado	2	10,0	31	3,5	41	2,9	74	3,2
	Total	20	100,0	874	100,0	1.408	100,0	2.302	100,0
2004	Nenhuma	2	9,1	13	1,9	14	1,1	29	1,5
	1 a 3	3	13,6	71	10,5	101	8,1	175	9,0
	4 a 6	6	27,3	248	36,6	370	29,7	624	32,1
	7 e +	9	40,9	319	47,1	708	56,9	1.036	53,3
	Ignorado	2	9,1	26	3,8	51	4,1	79	4,1
	Total	22	100,0	677	100,0	1.244	100,0	1.943	100,0

FONTE: SINASC, Secretaria de Saúde, SC, 2002/2004

Tabela 5: Distribuição (nº e percentual) dos nascidos vivos segundo número de consultas de pré-natal e faixa etária da mãe, em 2002 e 2004, em Santa Catarina.

Ano	nº consultas	faixa etária (anos)						Total	
		10 a 14		15 a 19		20 a 24			
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
2002	nenhuma	11	2,0	289	1,7	327	1,3	627	1,5
	1 a 3	70	12,5	1.554	9,4	1.775	7,2	3.399	8,1
	4 a 6	247	44,0	7.100	42,8	9.475	38,2	16.822	40,1
	7 e +	228	40,6	7.503	45,2	13.015	52,5	20.746	49,5
	ignorado	6	1,1	148	0,9	204	0,8	358	0,9
	Total	562	100,0	16.594	100,0	24.796	100,0	41.952	100,0
2004	nenhuma	15	3,0	181	1,2	231	1,0	427	1,1
	1 a 3	54	10,8	1.131	7,5	1.326	5,7	2.511	6,4
	4 a 6	213	42,5	5.955	39,6	7.996	34,1	14.164	36,3
	7 e +	212	42,3	7.637	50,7	13.669	58,3	21.518	55,2
	ignorado	7	1,4	152	1,0	223	1,0	382	1,0
	Total	501	100,0	15.056	100,0	23.445	100,0	39.002	100,0

FONTE: SINASC, Secretaria de Saúde, SC, 2002/2004

Tabela 6: Distribuição (nº e percentual) dos nascidos vivos segundo número de consultas de pré-natal e faixa etária da mãe, em 2002, Brasil.

Ano	nº consultas	faixa etária (anos)						Total	
		10 a 14		15 a 19		20 a 24			
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
2002	nenhuma	1.540	5,6	29.498	4,4	36.776	3,8	67.814	4,1
	1 a 3	4.776	17,3	90.188	13,6	108.124	11,2	203.088	12,2
	4 a 6	11.295	40,8	266.728	40,1	358.799	37,1	636.822	38,4
	7 e +	9.390	33,9	263.367	39,6	438.292	45,3	711.049	42,8
	ignorado	663	2,4	15.656	2,4	24.492	2,5	40.811	2,5
	Total	27.664	100,0	665.437	100,0	966.483	100,0	1.659.584	100,0

FONTE: DATASUS - SINASC, 2002

Quanto à idade gestacional, em Florianópolis, 2004 (tabela 7), os nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos apresentaram 9,5% de prematuridade comparados aos nascidos vivos de adultas jovens, 6%, com $p=0,0087$. Para Santa Catarina em 2004, tabela 8, 8% dos nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos eram prematuros, contra 6% dos nascidos vivos de mães adultas jovens ($p<0,0001$). Para o Brasil, 2002, 7% dos nascidos vivos de mães adolescentes eram prematuros contra 6% de prematuridade dos nascidos vivos de mães adultas jovens, com $p<0,0001$. Em Florianópolis, 2004, 13,6% dos nascidos vivos das mães de 10 a 14 anos eram prematuros e 9% dos nascidos vivos das mães de 15 a 19 anos eram prematuros ($p=0,1864$). Em Santa Catarina, 2004, 10% dos nascidos vivos das mães de 10 a 14 anos e 7,6% dos nascidos vivos das mães de 15 a 19 anos eram prematuros, com significância limítrofe ($p=0,051$). Entre 2002 e 2004, em Florianópolis, não houve diferença nas taxas de prematuridade entre os filhos das adolescentes ($p=0,2539$).

Tabela 7: Distribuição (nº e percentual) dos nascidos vivos segundo semanas de gestação e faixa etária da mãe, em 2002 e 2004, em Florianópolis.

Ano	semanas gest.	faixa etária (anos)						Total	
		10 a 14		15 a 19		20 a 24			
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
2002	menos que 37	2	10,0	68	7,8	88	6,3	158	6,9
	37 ou mais	18	90,0	798	91,3	1309	93,0	2125	92,3
	ignorado	-	-	8	0,9	11	0,8	19	0,8
	Total	20	100,0	874	100,0	1.408	100,0	2.302	100,0
2004	menos que 37	3	13,6	63	9,3	77	6,2	143	7,4
	37 ou mais	19	86,4	608	89,8	1154	92,8	1781	91,7
	ignorado	-	-	6	0,9	13	1,0	19	1,0
	Total	22	100,0	677	100,0	1.244	100,0	1.943	100,0

FONTE: SINASC, Secretaria de Saúde, SC, 2002/2004

Tabela 8: Distribuição (nº e percentual) dos nascidos vivos segundo semanas de gestação e faixa etária da mãe, em 2002 e 2004, em Santa Catarina.

Ano	semanas gest.	faixa etária (anos)						Total	
		10 a 14		15 a 19		20 a 24			
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
2002	menos que 37	72	12,8	1199	7,2	1424	5,7	2695	6,4
	37 ou mais	487	86,7	15344	92,5	23298	94,0	39129	93,3
	ignorado	3	0,5	51	0,3	74	0,3	128	0,3
	Total	562	100,0	16.594	100,0	24.796	100,0	41.952	100,0
2004	menos que 37	50	10,0	1150	7,6	1456	6,2	2656	6,8
	37 ou mais	448	89,4	13853	92,0	21916	93,5	36217	92,9
	ignorado	3	0,6	53	0,4	73	0,3	129	0,3
	Total	501	100,0	15.056	100,0	23.445	100,0	39.002	100,0

FONTE: SINASC, Secretaria de Saúde, SC, 2002/2004

Tabela 9: Distribuição (nº e percentual) dos nascidos vivos segundo semanas de gestação e faixa etária da mãe, em 2002, Brasil.

Ano	semanas gest.	faixa etária (anos)						Total	
		10 a 14		15 a 19		20 a 24			
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
2002	menos que 37	2.819	10,2	46.059	6,9	55.636	5,8	104.514	6,3
	37 ou mais	24.479	88,5	611.702	91,9	899.522	93,1	1.535.703	92,5
	ignorado	366	1,3	7.676	1,2	11.325	1,2	19.367	1,2
	Total	27.664	100,0	665.437	100,0	966.483	100,0	1.659.584	100,0

FONTE: DATASUS - SINASC, 2002

Quanto ao peso ao nascer, em Florianópolis, 2004 (tabela 10), 13% dos nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos eram de baixo peso ao nascer; 7% dos nascidos vivos de adultas jovens eram de baixo peso ao nascer ($p<0,0001$). Para Santa Catarina em 2004, tabela 11, 9% dos nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos eram de baixo peso ao nascer, contra 7% dos nascidos vivos de mães adultas jovens ($p<0,0001$). Para o Brasil, 2002, 9% dos nascidos vivos de mães adolescentes eram de baixo peso ao nascer contra 7% de baixo peso ao nascer dos nascidos vivos de mães adultas jovens, com $p<0,0001$. Em Florianópolis, 2004, 18% das adolescentes de 10 a 14 anos e 12% das adolescentes de 15 a 19 anos eram de baixo peso ao nascer ($p<0,6334$). Em Santa Catarina, 2004, 12% das adolescentes de 10 a 14 anos e 9% das adolescentes de 15 a 19 anos eram de baixo peso ao nascer ($p=0,0020$). Entre 2002 e 2004, em Florianópolis, houve redução com diferença estatística das taxas de baixo peso ao nascer entre os filhos das adolescentes ($p=0,0415$).

Tabela 10: Distribuição (nº e percentual) dos nascidos vivos segundo peso ao nascer (gramas) e faixa etária da mãe, em 2002 e 2004, em Florianópolis.

Ano	peso	faixa etária (anos)						Total	
		10 a 14		15 a 19		20 a 24			
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
2002	<2500	3	15,0	81	9,3	100	7,1	184	8,0
	2500	17	85,0	793	90,7	1308	92,9	2118	92,0
	Total	20	100,0	874	100,0	1.408	100,0	2.302	100,0
2004	<2500	4	18,2	84	12,4	80	6,4	168	8,6
	2500	18	81,8	593	87,6	1164	93,6	1775	91,4
	Total	22	100,0	677	100,0	1.244	100,0	1.943	100,0

FONTE: SINASC, Secretaria de Saúde, SC, 2002/2004

Tabela 11: Distribuição (nº e percentual) dos nascidos vivos segundo peso ao nascer (gramas) e faixa etária da mãe, em 2002 e 2004, em Santa Catarina.

Ano	peso	faixa etária (anos)						Total	
		10 a 14		15 a 19		20 a 24			
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
2002	<2500	76	13,5	1593	9,6	1812	7,3	3481	8,3
	2500	485	86,3	14992	90,3	22964	92,6	38441	91,6
	ignorado	1	0,2	9	0,1	20	0,1	30	0,1
	Total	562	100,0	16.594	100,0	24.796	100,0	41.952	100,0
2004	<2500	62	12,4	1401	9,3	1618	6,9	3081	7,9
	2500	438	87,4	13644	90,6	21818	93,1	35900	92,0
	ignorado	1	0,2	11	0,1	9	0,0	21	0,1
	Total	501	100,0	15.056	100,0	23.445	100,0	39.002	100,0

FONTE: SINASC, Secretaria de Saúde, SC, 2002/2004

Tabela 12: Distribuição (nº e percentual) dos nascidos vivos segundo peso ao nascer (gramas) e faixa etária da mãe, em 2002, Brasil.

Ano	peso	faixa etária (anos)						Total	
		10 a 14		15 a 19		20 a 24			
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
2002	<2500	3.644	13,2	61.653	9,3	70.347	7,3	135.644	8,2
	2500	23.830	86,1	599.090	90,0	889.038	92,0	1.511.958	91,1
	ignorado	190	0,7	4.694	0,7	7.098	0,7	11.982	0,7
	Total	27.664	100,0	665.437	100,0	966.483	100,0	1.659.584	100,0

FONTE: DATASUS - SINASC, 2002

6. DISCUSSÃO

O presente trabalho demonstrou uma queda nas taxas de nascidos vivos filhos de mães adolescentes em Florianópolis de 17% em 2002 para 14,5% em 2004. Também anotou taxas menores de gestações precoces comparadas a outras localidades brasileiras^(2,4,10-13), e reafirmou uma tendência de baixas taxas de maternidade em idade adolescente na região Sul do país^(11,12), principalmente comparada às médias nacionais e de regiões menos favorecidas como o Norte e Nordeste brasileiros^(2,4).

De acordo com os dados a cerca da escolaridade, a ausência desta variável no banco de dados do DATASUS, não permitiu uma comparação da realidade brasileira com a realidade de Florianópolis. Além disso, vale ressaltar que diante do ponto de corte adotado para escolaridade, a saber, ensino fundamental incompleto, ou menos de oito anos de escolaridade, ficou dificultada a avaliação desta variável dentro da faixa etária de 10 a 14 anos, uma vez que, normalmente, é de se esperar que tais adolescentes não tenham ainda cumprido oito anos de escolarização. De qualquer modo, entre as adolescentes de 15 a 19 anos de Florianópolis e de Santa Catarina, em 2004, não se notou diferença estatística entre o grau de escolaridade, mostrando uma uniformização desta condição como um todo no estado de Santa Catarina. Na evolução temporal, entre 2002 e 2004 as adolescentes de 15 a 19 anos de Florianópolis reduziram significativamente ($p < 0,0001$) as taxas de escolarização abaixo de oito anos. No entanto, quando as adolescentes de 15 a 19 anos foram comparadas com as adultas jovens, notou-se forte associação estatística ($p < 0,0001$) entre maternidade precoce e baixa escolaridade, reafirmando os achados da literatura^(8,10,13,14), contudo, tal trabalho, pelo caráter transversal, não pode inferir se a baixa escolaridade é causa ou consequência de gestações precoces. O estudo também mostrou menores taxas de baixa escolarização das adolescentes de 10 a 19 anos, 49%, em Florianópolis, em 2004, comparadas com as taxas de outros trabalhos, como mostrado em Mariotoni & Barros Filho⁽¹⁷⁾ em que 92,6% das mães adolescentes eram analfabetas ou tinham ensino fundamental incompleto.

As mães adolescentes de 10 a 19 anos, em Florianópolis, em 2004, freqüentaram de maneira insuficiente o acompanhamento pré-natal, com diferença estatística em relação às

mães adultas jovens ($p < 0,0001$), com tendência semelhante tanto para Santa Catarina e Brasil como para os achados da literatura^(4,8,13). Diversos fatores podem estar associados à baixa adesão ao pré-natal, entre eles a dificuldade de assumir a gravidez, conflitos familiares, desconhecimento da importância desta assistência, dúvidas quanto à eficiência e poder de impacto de um correto acompanhamento para desfechos favoráveis de uma gestação, além da ausência nos veículos de comunicação de campanhas enfatizando a importância do pré-natal, que talvez trouxesse para a Saúde Pública e para o setor orçamentário da Saúde, repercussões importantes, com redução da morbimortalidade perinatal e conseqüentemente redução dos gastos com internação hospitalar e cuidados especiais dispendiosos, típicos do secundarismo, na atenção à saúde.

Em Florianópolis, em 2004, não se encontrou diferença entre as adolescentes de 10 a 14 anos e entre as de 15 a 19 anos no que diz respeito à frequência ao pré-natal, contrastando com Santa Catarina e com o Brasil, em que tal diferença foi estatisticamente significativa, e também com outros trabalhos, como o ensejado por Costa *et al.*⁽¹³⁾ que encontrou uma alta taxa de ingresso tardio ao pré-natal nas adolescentes mais jovens, comparadas com outras faixas etárias. Esse achado traduz uma maior homogeneidade entre as diferentes faixas etárias adolescentes em Florianópolis, talvez por melhores condições de acesso ao serviço de assistência e por uma maior busca ativa destas adolescentes, empreendida pelos agentes comunitários de saúde, mas esses aspectos precisam ser verificados em estudos futuros.

As taxas de prematuridade em Florianópolis para 2002 e 2004 permaneceram praticamente as mesmas, em torno de 6% e 7%, respectivamente. De acordo com a literatura consultada, alguns autores discordam, enquanto outros concordam na associação entre gestações em idade precoce e risco aumentado de prematuridade. No presente estudo, para Florianópolis, em 2004, os nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos apresentaram as maiores taxas de prematuridade comparados aos nascidos vivos de adultas jovens ($p = 0,0087$), com tendência semelhante para Santa Catarina em 2004 ($p < 0,0001$) e para o Brasil em 2002 ($p < 0,0001$), concordando com Tauil *et al.*⁽¹¹⁾ que observou um maior risco de adolescentes terem menor tempo de gestação e conseqüentemente prematuridade do recém-nato. No entanto, a prematuridade é um desfecho desfavorável de qualquer gestação que não tem causa única, determinante, mais sim um conjunto de variáveis interligadas. O presente trabalho apenas descreveu uma associação estatística entre maternidade em idade precoce e recém-

natos prematuros, fugindo do escopo do estudo, em função do próprio delineamento, uma análise multivariada para o desfecho acima citado.

Contudo, em Florianópolis, 2004, não se notou diferença estatística nas taxas de prematuridade dos nascidos vivos das adolescentes de 10 a 14 anos com os nascidos vivos das adolescentes de 15 a 19 anos ($p=0,1864$), diferentemente de Santa Catarina, em que os nascidos vivos das adolescentes de 10 a 14 anos apresentaram maiores taxas de prematuridade comparados aos filhos das adolescentes de 15 a 19 anos com diferença estatística significativa limítrofe ($p=0,051$). Esse achado ratifica a idéia de uma maior homogeneidade entre as diferentes faixas etárias adolescentes na cidade de Florianópolis.

Entre 2002 e 2004, em Florianópolis, não houve diferença nas taxas de prematuridade entre os filhos das adolescentes ($p=0,2539$), o mesmo acontecendo com as taxas de prematuridade na população total de Florianópolis que não trouxe mudanças significativas na sua incidência, como assinalado acima.

Quanto ao peso ao nascer, em Florianópolis, tanto em 2002 como 2004, as taxas de baixo peso ao nascer permaneceram as mesmas na população total de nascidos vivos, em torno de 8%, semelhante às taxas encontradas em países desenvolvidos, que variam entre 4% a 7%. Em 2004, os nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos apresentaram as maiores taxas de baixo peso ao nascer comparados aos nascidos vivos de adultas jovens ($p<0,0001$), com tendência semelhante para Santa Catarina em 2004 ($p<0,0001$) e para o Brasil em 2002 ($p<0,0001$). Tal achado concorda com os dados encontrados na literatura, em que diversos autores vêm salientando a associação entre gestação precoce e o risco maior de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, como em Gama *et al.*⁽⁸⁾, em que o efeito da faixa etária sobre a maior ocorrência de baixo peso ao nascer permaneceu expressivamente significativo nas adolescentes, entre 14 e 19 anos, mesmo quando controlado pelo grau de instrução da mãe e pelo tipo de maternidade – pública ou privada – em que a mãe se internou; do mesmo modo, em Costa *et al.*⁽¹³⁾, em uma análise multivariada, em que se controlaram fatores de confusão (escolaridade materna, idade gestacional e pré-natal) verificou-se que recém-nascidos de mães entre 10 e 16 anos apresentaram proporções maiores de baixo peso ao nascer, comparados àqueles cujas mães tinham entre 17 e 19 anos e àqueles cujas mães eram adultas jovens. Contudo, a relação causal entre a gestação em adolescentes e o risco de baixo peso ao nascer permanece ainda em discussão, com autores a contestando, como em Mariotoni & Barros

Filho⁽¹⁷⁾ que concluíram que a gravidez na adolescência não representava risco para a ocorrência de baixo peso ao nascer na população estudada, quando outros fatores foram controlados, como renda, escolaridade, frequência ao pré-natal, hábito de fumar, peso pré-gestacional, entre outros. Mais uma vez, como assinalado para a prematuridade, o baixo peso ao nascer é um desfecho desfavorável de qualquer gestação que não tem causa única, determinante, mais sim um conjunto de variáveis interligadas. O presente trabalho apenas descreveu uma associação estatística entre maternidade em idade precoce e recém-natos com baixo peso ao nascer, fugindo do escopo do estudo, em função do próprio delineamento, uma análise multivariada para o desfecho acima citado.

Contudo, em Florianópolis, 2004, não se notou diferença estatística nas taxas de baixo peso ao nascer dos nascidos vivos das adolescentes de 10 a 14 anos com os nascidos vivos das adolescentes de 15 a 19 anos ($p=0,6334$), diferentemente de Santa Catarina, em que os nascidos vivos das adolescentes de 10 a 14 anos apresentaram maiores taxas de baixo peso ao nascer comparados aos filhos das adolescentes de 15 a 19 anos com diferença estatística significativa ($p=0,020$); na literatura, como assinalado por Tauil *et al.*⁽¹¹⁾, entre a faixa etária adolescente, observou-se um maior risco de baixo peso ao nascer entre adolescentes com idade igual ou inferior a 16 anos comparadas com aquelas entre 17 a 19 anos, o que vem de encontro aos resultados do presente trabalho, que assinalou uma homogeneidade entre as diferentes faixas etárias adolescentes na cidade de Florianópolis, em 2004.

Por fim, entre 2002 e 2004, em Florianópolis, houve redução com diferença estatística das taxas de baixo peso ao nascer entre os filhos das adolescentes ($p=0,0415$), o que pode traduzir uma melhor assistência às gestantes por parte dos serviços de saúde, principalmente os centrados na atenção básica, em que o programa de saúde da família tem destaque.

7. CONCLUSÕES

1. Houve redução nas taxas de nascidos vivos filhos de adolescentes em Florianópolis, 17% (2002) para 14,5% (2004).
2. Tais taxas eram menores que as encontradas em Santa Catarina no mesmo período, 20% (2002) e 19% (2004), e no Brasil, 23% (2002).
3. Entre as mães de 10 a 24 anos as menores taxas de escolarização estavam entre as mães adolescentes, comparadas às mães adultas jovens, em Florianópolis, 2004.
4. Entre as mães de 10 a 24 anos, as adolescentes freqüentaram menos o acompanhamento pré-natal comparadas às mães adultas jovens, em Florianópolis, 2004.
5. As taxas de nascidos vivos prematuros em Florianópolis foram de 6% (2002) e 7% (2004), sem traduzir aumento significativo.
6. Os nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos apresentaram as maiores taxas de prematuridade comparados aos nascidos vivos de adultas jovens, em Florianópolis, 2004.
7. Os nascidos vivos filhos de mães de 10 a 19 anos apresentaram as maiores taxas de baixo peso ao nascer comparados aos nascidos vivos de adultas jovens em Florianópolis, 2004.
8. Houve redução nas taxas de nascidos vivos com baixo peso ao nascer em Florianópolis, de 2002 para 2004.
9. Não houve diferença entre os nascidos vivos de mães adolescentes entre 10 a 14 anos e entre 15 a 19 anos no que diz respeito à freqüência ao pré-natal, prematuridade e ocorrência de baixo peso ao nascer.

NORMAS ADOTADAS

As normas adotadas foram as ditadas pela resolução nº. 001/2001, aprovada em Reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina em 05 de julho de 2001.

REFERÊNCIAS

1. Montessoro AC, Blixen CE. Public policy and adolescent pregnancy: a reexamination of the issues. *Nurs Outlook* 1996;44:31-6.
2. Aquino-Cunha M, Queiroz-Andrade M, Tavares-Neto J, Andrade T. Gestação na adolescência: relação com o Baixo Peso ao Nascer. *Rev Bras Ginec Obst* 2002;24(8):513-19.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional. In. Brasília; 1999.
4. Simões VMF, Silva AAM, Bettiol H, Lamy-Filho F, Tonial SR, Mochel EG. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. *Rev Saúde Pública* 2003;37(5):559-65.
5. Ventura S, Martin J, Curtin S, Mathews M, Park M. Births: final data for 1998. *Natl Vital Stat Rep* 2000;48:1-100.
6. Olausson P, Cnattingius S, Goldenber R. Determinants of poor pregnancy outcomes among teenagers in Sweden. *Obstet Gynecol* 1997;89:451-7.
7. BEMFAM. (Sociedade Civil de Bem - Estar Familiar). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. In. Rio de Janeiro; 1997.
8. Gama SGN, Szwarzwald CL, Leal MC, Filha MMT. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Rev Saúde Pública* 2001;35(1):74-80.
9. DATASUS. (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde) - SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos) Dados de Declaração de Nascidos Vivos. In. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
10. Tomasi E, Barros F, Victora C. As mães e suas gestações: comparação entre duas coortes de base populacional no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 1996;12(1):21-5.
11. Tauil PL, Chaloult E, Rodrigues FRA, Nogueira LSC, Costa PETF, Santos SF. Gravidez em adolescentes: aspectos relativos ao pré - natal, parto e recém - nascido. *Brasília Med* 2001;38(1/4):7-12.
12. Ribeiro ERO, Barbieri MA, Bettiol H, Silva AAM. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2000;34(2):136-42.

13. Costa MCO, Santos CAT, Sobrinho CLN, Freitas JO, Ferreira KASL, Silva MA, et al. Estudo dos partos e nascidos vivos de mães adolescentes e adultas jovens no município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, 1998. *Cad. Saúde Pública* 2002;18(3):715-22.
14. Sabroza AR, Leal MC, Gama SGN, Costa JV. Perfil sócio - demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do município do Rio de Janeiro, Brasil - 1999-2001. *Cad. Saúde Pública* 2004;20(1):112-20.
15. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cad. Saúde Pública* 2002;18(1):153-61.
16. Camarano AC. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: *Jovens Acontecendo nas Trilhas das Políticas Públicas*. Brasília: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento; 1998. p. 109-33.
17. Mariotoni GGB, Filho AAB. A gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? *J. Pediatr* 1998;74(2):107-13.
18. Costa MCO, Santos CAT, Sobrinho CLN, Freitas JO, Ferreira KASL. Indicadores materno-infantis na adolescência e juventude: sócio-demográfico, pré - natal, parto e nascidos vivos. *J. Pediatr* 2001;77(3):235-42.
19. Fried A, Baldwin W, Rhodes PH, Buheler JW, Strauss LT, Smith JC, et al. Young maternal age and infant mortality: The role of low birth weight. *Public Health Reports* 1987;102:192-99.
20. Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Publica Mex* 1997;39:137-43.
21. Waters JL. Pregnancy in young adolescents: a syndrome of failure. *Southern Med J* 1969;62:655-68.
22. Eure CR, Lindsay MK, Graves WL. Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parurients in an inner - city hospital. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(5):918-20.
23. Ekwo EE, Moawad A. Maternal age and preterm births in a black population. *Pediatr Perinat Epidemiol* 2000;14:145-51.
24. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. In: *Pregnancy, sexually transmitted disease, and related risk behaviors among us adolescents*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 1994.
25. Rees JM, Lederman SA, Kiely JL. Birth weight associated with lowest neonatal mortality: infants of adolescent and adult mothers. *Pediatrics* 1996;98:1161-6.

26. Siqueira AAF, Tanaka ACA, Andrade J, PMA, Santiago S, Zanatelli CC, et al. Evolução da gravidez em adolescentes matriculadas no serviço pré - natal do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza. *Rev Saúde Pública* 1981;15:449-54.
27. Ester AB. The effect of maternal age, parity and prenatal care on perinatal outcome in adolescents mothers. *Am J Obstet Gynecol* 1984;149:845-8.
28. Brown HL, Fan Y, Gonsoulin WJ. Obstetric complications in young teenagers. *Southern Med J* 1991;84:46-9.
29. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N Engl J Med* 1995;332(17):1113-7.
30. Murata MK, Schimarelli GT, Sfenfrych RR. Gravidez na adolescência: estudo epidemiológico no Hospital Evangélico de Curitiba. *ACM Arq Catarin Med* 1998;27:19-24.
31. Monteiro CA, Benício MHA, Ortiz LP. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976-1998). *Rev Saúde Pública* 2000;34:26-40.
32. Sabroza AR, Leal MC, Jr PRS, Gama SGN. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* 2004;20(1):130-7.
33. Barnet B, Joffe A, Duggan AK, Wilson MD, Reepke JT. Depressive symptoms, stress and postpartum adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:64-9.
34. Santos SR, Schor N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. *Rev Saúde Pública* 2003;37(1):15-23.
35. OPAS. Organización Panamericana de la Salud. In: *La salud de los adolescentes y los jóvenes en las Américas: escribiendo el futuro*. Washington (DC): OPAS; 1995.
36. AAP. American Academy of Pediatrics. In: *Nomenclature for duration of gestation, birth weight and intrauterine growth*: American Academy of Pediatrics; 1967.